

# 製造販売後調査実施申請書

令和 年 月 日

盛岡赤十字病院長 殿

病院長	副院長	副院長	薬剤部長

科 (部)  
部 長 印  
担当医師 印  
印

下記の通り、医薬品の製造販売後調査実施についてご承認をお願い致します。

薬品名	
成分・組織	薬価
適応 (対象疾患)	用法・用量
目的	
予定症例数 : 例	
実施期間 : 契約締結日 ~ 令和 年 月 日	
分類 : 使用成績調査 ・ 特定使用成績調査	
調査依頼者 : 住所 会社名 代表者名	

受付日 : 令和 年 月 日

\*添付資料 : (1) 契約書又は覚書 (2) DIパ°ンフレット (3) ケースカード (4) 調査実施計画書等